

6 **Innovid**[®] (pomalidomid) ▼ Program prevencije trudnoće

OBRAZAC ZA PRIJAVU TRUDNOĆE

Molimo Vas da popunite ovaj obrazac za prijavu trudnoće kod pacijentkinje (ili partnerke muškog pacijenta) na terapiji pomalidomidom i pošaljete ga što pre nosiocu dozvole za lek, Benifarm d.o.o. (zastupnik kompanije Celgene) na dole navedene kontakt podatke. Ove slučajeve treba pažljivo pratiti i prijaviti i ishod trudnoće. Kompanija Celgene i Benifarm d.o.o. cene Vaše učešće u prikupljanju svih bitnih informacija o izloženosti fetusa pomalidomidu i biće u kontaktu sa Vama kako bi se prikupili dodatni podaci.

Molimo Vas da obrazac pošaljete odmah faksom ili e-mailom kompaniji Benifarm d.o.o.

Benifarm d.o.o. Tel/Faks: 011 3470 063
Vlade Ilića 1 Mob: 063 437 007
11060 Beograd E-mail: phv@benifarm.com

PODACI O IZVEŠTAČU

Ime:	Zanimanje:
Adresa:	Grad, država:
Telefon:	E-mail adresa:
Faks:	

PODACI O PACIJENTU

ID pacijentkinje:	Starost:	Datum rođenja:
-------------------	----------	----------------

PODACI O PARTNERKI MUŠKOG PACIJENTA

ID:	Starost:	Datum rođenja:
-----	----------	----------------

INFORMACIJE O TERAPIJI: POMALIDOMID KAPSULE

Broj serije:	Rok upotrebe:	Doza:	Frekvencija:
Datum početka lečenja:		Datum prestanka lečenja:	

Indikacija:

PRAĆENJE TRUDNOĆE

Da li je trudnoća potvrđena?	Da	Ne
Procenjena gestaciona starost:	Procenjeni datum porođaja:	
Da li se pacijentkinja već obraćala akušeru/ginekologu?	Da	Ne

Ako jeste, navedite ime lekara i kontakt detalje.

RAZLOG ZA NEUSPEH PROGRAMA PREVENCIJE TRUDNOĆE

	Da	Ne
Da li se greškom smatralo da pacijentkinja nema reproduktivni potencijal		
Ako jeste, navesti razlog zbog koga se smatralo da pacijentkinja nema reproduktivni potencijal		
a. Godine \geq 50 godina i prirodna amenoreja* \geq 1 godine <small>* amenoreja kao posledica terapije kancera ili tokom laktacije ne isključuje reproduktivni potencijal</small>		
b. Prevremena insuficijencija jajnika koju je potvrdio ginekolog specijalista		
c. Prethodna bilateralna salpingo-ooforektomija ili histerektomija		
d. XY genotip, Turnerov sindrom, agenezija uterusu		
U donjoj listi naznačiti korišćenu kontracepciju	Da	Ne
a. Implant		
b. Intrauterini dostavni sistem sa levonorgestrelom (IUS)		
c. Medroksiprogesteron acetat depo		
d. Sterilizacija jaovoda (specificirati)		
I. Ligacija jajovoda		
II. Dijatermija jajovoda		
III. Postavljanje klipsa na jajovod		
e. Seksualni odnos samo sa muškim partnerom koji je imao vazektomiju; vazektomija mora biti potvrđena sa dve negativne analize sperme		
f. Pilule za inhibiciju ovulacije koje sadrže samo progesteron (npr. dezogestrel)		
g. Druge pilule koje sadrže samo progesteron		
h. Kombinovane oralne pilule za kontracepciju		
i. Drugi intrauterini ulošci		
j. Kondomi		
k. Cervikalna kapa		
l. Kontraceptivni sunderi		
m. Prekinut snošaj		
n. Drugo		
o. Nijedno		
U donjoj listi naznačiti razlog za neuspelu kontracepciju	Da	Ne
Propust u uzimanju oralne kontracepcije		
Drugi lekovi ili bolesti su intoreagovali sa oralnim kontraceptivima		
Neuspešna barijerna kontracepcija (npr. kondom, dijafragma)		
Nije poznato		
Da li se pacijentkinja obavezala na potpunu i kontinuiranu apstinenciju od seksualnih odnosa?		
Da li se sa primenom pomalidomida započelo iako je pacijentkinja već bila trudna?		
Da li je pacijent dobio edukativni material o potencijalnom riziku od teratogenosti?		
Da li je pacijent dobio instrukcije o potrebi sprečavanja trudnoće?		

PRENATALNE INFORMACIJE

Datum poslednje menstruacije:

Očekivani datum porođaja:

Test na trudnoću

Referentni opseg

Datum

Kvalitativni test urina

Kvantitativni test seruma

POROĐAJNA ANAMNEZAGodina
trudnoće

Ishod

Spontani
pobačajTerapeutski
pobačajRođenje
živog detetaRođenje
mrtvog detetaGestacijska
starostVrsta
porođaja**UROĐENI DEFEKTI**

Da

Ne

Nije poznato

Da li je bilo nekih urođenih defekata u bilo kojoj trudnoći?

Da li postoje bilo kakve kongenitalne anomalije u porodičnoj anamnezi?

Ako je odgovor na bilo koje od ovih pitanja potvrđan, molimo navedite detalje.

ANAMNEZA TRUDNICE

Stanje

Datumi

Lečenje

Ishod

Od

Do



TRENUTNO STANJE TRUDNICE			
Stanje	Od	Lečenje	
SOCIJALNA ANMNEZA TRUDNICE			
		Da	Ne
Alkohol			
Ako je odgovor potvrđan, količina/jedinice na dan:			
Duvan			
Ako je odgovor potvrđan, količina na dan:			
Intravenska ili rekreativna upotreba droga			
Ako je odgovor potvrđan, navesti detalje			
LEKOVI KOJE JE TRUDNICA KORISTILA U TOKU TRUDNOĆE I 4 NEDELJE PRE TRUDNOĆE (uključujući biljne, alternativne i lekove bez recepta i dodatke ishrani)			
Lekovi/lečenje	Datum početka korišćenja	Datum prestanka/ nastavka korišćenja	Indikacija
IME OSOBE KOJA JE POPUNILA OBRAZAC		POTPIS	DATUM

